

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 210

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES
SUR LES
MYOMES ROUGES
de l'utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MICHALOUX-JIMBERT

Né le 8 juillet 1888, à Paris



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES

SUR LES

MYOMES ROUGES

de l'utérus

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE..... Doyen.
ROQUE..... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinales.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVLOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, *Président*; M. CONDAMIN, *Assesseur*;
MM. TAVERNIER et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 210

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES
SUR LES
MYOMES ROUGES
de l'utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MICHALOUX-JIMBERT

Né le 8 juillet 1888, à Paris



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON JEUNE COUSIN LOUIS LABARRE

Mort pour la France

A LA MÉMOIRE DE MON COMPATRIOTE ET AMI

LOUIS ROSSIGNOT

Ex-Interne de l'Hôpital de Lyon-Villeurbanne

Médecin Aide-Major

Chevalier de la Légion d'Honneur

Mort pour la France

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux

Nous exprimons très respectueusement
notre gratitude pour le grand honneur
qu'il nous a fait d'accepter la présidence
de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CONDAMIN

Professeur adjoint de Gynécologie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

*Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUROUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

En reconnaissance de leur enseignement à la Faculté et à l'Hôpital ;
comme en remerciement d'avoir bien voulu participer à notre Jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. MAZET

*Ex-Interne des Hôpitaux
Moniteur de Clinique Gynécologique*

Il nous a inspiré le sujet de notre travail ; il nous a guidé de ses conseils.
Nous l'en remercions ici bien sincèrement.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE VILLEURBANNE

MESSIEURS LES DOCTEURS :

MASSON, FRAPPAZ, HENRY ESSARD,
GEORGES GOUJON

Pendant deux ans, Ils furent pour nous des Maîtres bienveillants. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre souvenir affectueusement respectueux.

A MON BON CAMARADE, LE DOCTEUR MAURIZOT

*Interne des Hôpitaux
Préparateur à la Faculté*

En témoignage de mon meilleur souvenir ; en remerciement aussi pour les nombreux entretiens et conseils que je lui dois soit à la Faculté, soit à l'Hôpital.

A MON COMPATRIOTE, LE DOCTEUR L.-G. GENSOLLEN

En bon souvenir de nos années d'études. A l'excellent confrère et ami.

INTRODUCTION

En dehors de l'augmentation plus ou moins régulière de leur volume, les fibromyomes de l'utérus peuvent présenter, dans le cours de leur évolution, certaines altérations dans leur structure intime, qui constituent pour eux de véritables maladies, ainsi que le dit Delbet.

Ces tumeurs, après être restées latentes plusieurs années, peuvent déterminer des accidents fort dangereux, et, si elles ne menacent pas directement la vie, par l'abondance des hémorragies, par l'intensité des douleurs, par leurs volume parfois rapidement accru, elles peuvent par les troubles qu'elles engendrent, altérer l'état général, épuiser les malades ; et cette évolution active peut exiger une surveillance attentive, ou une intervention radicale.

Parmi les altérations des myomes utérins, il est une modalité exceptionnelle, une variété rare et intéressante, sur laquelle M. le Professeur Auguste Pollosson, a, le premier, en 1905, appelé l'attention, et qu'il a dénommé « myome rouge », à cause de la coloration spéciale, rouge foncé, rouge couleur de viande fraîche, que la tumeur présentait à la coupe. Ces myomes se distinguent éga-

lement par leur évolution clinique, qui se traduit par un accroissement rapide, des douleurs, de la fièvre et des hémorragies profuses. Histologiquement, il s'agit de tumeurs encapsulées, atteintes de congestion, constituées par des fibres musculaires lisses, une abondance anormale des vaisseaux avec, çà et là, des centres d'accroissement avec cellules jeunes.

MM. les Professeurs A. Pollosson et Violet, présentèrent, en 1905, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, et publièrent, les premiers, deux cas de « myomes rouges encapsulés », ayant les caractères anatomo-cliniques relatés plus haut.

En 1909, MM. Violet et Alamartine publièrent un nouvel exemple de cette variété de myome utérin. Deux autres observations intéressantes de « myome rouge encapsulé à évolution rapide » furent présentées par M. le Docteur Mazet, devant la Société de Chirurgie de Lyon, l'une en 1911 et l'autre en 1914.

M. Albertin, en 1912, apporte un cas de myome utérin couleur « lie de vin », à accroissement rapide et déterminant chez la malade, de la fièvre et des douleurs, symptomatologie clinique de la variété décrite par M. le Professeur Pollosson. La même année, M. Michel, rapporte une observation de « myome rouge encapsulé de l'utérus » occasionnant des douleurs vives et des hémorragies abondantes. MM. les Docteurs Crousse, dans le *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique* de Bruxelles, et le Docteur Termier, dans le *Dauphiné Médical*, publient chacun un cas de « myome rouge encapsulé à évolution rapide ».

Enfin, à Paris, M. le Professeur de Rouville, de Mont-

pellier, présente à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, un exemple de « myome rouge compliquant une grossesse. »

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier, à l'aide des quelques observations que nous avons pu recueillir, la physionomie clinique particulière que présentent ces tumeurs, la symptomatologie à laquelle elles donnent lieu. Nous parlerons des examens histologiques qui en ont été pratiqués, tendant à établir les modifications qu'elles offrent au point de vue anatomo-pathologique. En dernier lieu, nous essaierons d'esquisser une pathogénie des différents symptômes observés, et d'interpréter les faits que nous offrent ces différentes observations et examens histologiques.

Tels sont le point de départ et le but de notre travail.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Les myomes rouges présentent, en dehors des symptômes classiques décrits à propos des fibromes utérins, un ensemble de manifestations cliniques, caractérisées par des accidents aigus que l'on retrouve dans toutes les observations. L'intensité des symptômes, leur allure bruyante, inquiètent et font souffrir les malades et les amènent à demander un traitement immédiat. C'est pourquoi il nous paraît utile d'étudier les différents symptômes que présente cette variété de tumeurs, symptômes d'ordre général et local, en dehors de toute maladie ou autre complication surajoutées.

Cliniquement, le myome rouge est une variété de myome utérin, qui se caractérise par des douleurs vives, une fièvre le plus souvent modérée, coïncidant ou non avec les règles, enfin par des hémorragies abondantes, le tout survenant chez une malade porteur d'un myome qui a augmenté de volume rapidement. Nous retrouvons cet ensemble clinique chez toutes les malades dont les observations sont reproduites plus loin.

Sans doute, les hémorragies font partie des trois grands symptômes cliniques caractéristiques des myomes utérins, et, c'est même un symptôme fonctionnel

capital. Elles se présentent, soit sous forme de ménorragies, auxquelles succèdent des métrorragies, qui impressionnent et anémient les malades, mais ici, elles acquièrent une intensité, et, par là, une gravité particulières. Elles se montrent, soit à l'occasion des règles qui deviennent anormalement abondantes, soit dans l'intervalle, soit même d'une façon continue et considérable, comme chez la malade de M. le Professeur Pollosson (Obs. II), et celle présentée par M. le Docteur Mazet (Obs. IV), chez lesquelles, les pertes sanguines duraient depuis un mois.

Ce sang est d'un rouge vif, tantôt liquide, tantôt mélangé à des caillots qui encombrent le vagin. Ces hémorragies répétées entraînent un état d'anémie profonde, et, c'est dans cet état d'affaiblissement, que les malades épuisées par ces pertes successives, viennent s'adresser au chirurgien.

Dans certains cas (Obs. VII), l'abondance de la perte sanguine est telle, qu'elle passe au premier plan, et met en danger immédiat la vie de la malade, si l'on n'intervient pas d'urgence. Il est vrai que dans l'observation précitée, il convient de tenir compte de l'existence chez la malade de l'élément grossesse; ici, comme pour les fibromes ordinaires, la puerpéralité exerçant une influence congestionnante manifeste et bien connue.

Un caractère de ces hémorragies des myomes rouges est d'être précédées et accompagnées de vives souffrances. Les malades sont amenées à consulter, parce qu'elles perdent abondamment en rouge et parce qu'elles souffrent.

Nous savons que le fibrome utérin, même volumineux, ne provoque, le plus souvent, aucune souffrance, sauf dans certains cas, où il exerce une compression sur les plexus sympathique et sacré, et l'on trouve dans la littérature médicale beaucoup d'observations relatives à des corps fibreux découverts par hasard, corps fibreux dont le volume, relativement considérable, attestait un début remontant à plusieurs années.

Il n'en est pas de même chez les malades porteurs de myome rouge. Les douleurs sont ici constantes, ont été observées chez tous les malades et prennent une place prépondérante au point de vue clinique.

Ces douleurs sont plus ou moins vives, toujours accentuées, parfois intenses, intolérables au point d'empêcher tout repos, et de nécessiter des piqûres de morphine. Elles peuvent survenir par crises ou présenter un type continu. Parfois, elles sont intermittentes d'abord et menstruelles, puis deviennent graduellement continues et s'exacerbent par intervalles. Leur siège est abdominal, le plus souvent hypogastrique; elles peuvent présenter un maximum péri-ombilical ou s'irradier dans les cuisses et les lombes. Ces douleurs, variables dans leur intensité, mais toujours vives, coïncident habituellement avec les règles, quelquefois les précèdent de quelques jours et semblent être en rapport avec l'abondance de l'écoulement sanguin. Elles sont toujours plus marquées au moment des périodes menstruelles, car, à ce moment, la tumeur congestionnée augmente de volume; les malades sont alors obligées de renoncer à leurs occupations et de garder le lit. Il est à noter, cependant, que la malade dont il est question dans l'observation I, qui gardait

le lit depuis trois semaines après une première crise très-violente avec fièvre, ne fut soulagée que par l'apparition de ses règles, vers le douzième jour après le début des douleurs.

Exceptionnellement donc, cet écoulement fait disparaître les douleurs; le plus souvent, au contraire, pendant un ou plusieurs jours, il produit une exacerbation de ce symptôme, qui est dû à l'état d'éréthisme, de congestion ou de contraction réflexe du muscle utérin, sous l'influence du noyau myomateux. S'il est des malades qui souffrent relativement peu, il en est d'autres atteintes de douleurs quelquefois insupportables, les unes pendant les périodes menstruelles ou dans leurs intervalles, d'autres d'une façon régulière et fréquente — qui leur font demander l'intervention avec insistance —. On ne constate chez ces malades aucune altération ou lésion surajoutées pouvant expliquer ces phénomènes douloureux; les trompes et les ovaires sont sains, et il n'existe pas de troubles de compression des nerfs ou des organes voisins.

Ces douleurs spontanées, localisées, ne s'accompagnent ni de ballonnement du ventre, ni de vomissements; il n'existe pas de symptômes péritonéaux pouvant faire penser à une suppuration annexielle surajoutée et compliquant le fibrome.

Les douleurs sont souvent provoquées et exagérées par la palpation abdominale ou le toucher bimanuel, car la tumeur est sensible à la pression, ce qui peut rendre le diagnostic plus difficile.

On peut donc dire que l'élément douleur, peu important en général dans les fibromyomes utérins, et man-

quant la plupart du temps, quelle que soit la forme du myome, sous-péritonéal, interstitiel, sous-muqueux ou intraligamentaire, peut, dans certains cas de myome rouge, revêtir des caractères d'une importance telle, qu'il devient le symptôme prédominant, préoccupant par-dessus tout la malade, et imposant l'intervention qui aurait pu être différée. Cet élément douleur se présente dans les myomes rouges, sans que son apparition puisse être attribuée à des altérations pathologiques surajoutées des organes voisins. Par son intensité et sa persistance, la douleur constitue parfois une véritable complication qui contribue à égarer le diagnostic.

Les hémorragies et les douleurs dans les myomes rouges s'accompagnent de fièvre.

La fièvre se rencontre en dehors de toute maladie générale surajoutée, de toute infection, suppuration ou lésion quelconque génitale coexistante. Elle coïncide avec les douleurs et les métrorragies. Elle est, le plus souvent, continue, mais légère, oscille entre 37°8 le matin et 38°5 le soir. Chez la malade de l'observation I, la température était de 38°2 le premier jour, de 37°9 le matin suivant, et de 38°2 le lendemain soir; la fièvre a continué à osciller entre 37°6 et 38° pendant les dix jours qui ont précédé l'opération. Parfois, la température s'élève davantage, jusqu'à 39°5; dans le cas rapporté par MM. Violet et Almartine, elle était de 38°8, quatre jours avant les règles; pendant toute la durée de ces dernières, qui furent très abondantes, elle s'est maintenue entre 38°5 et 39°5, ce qui fit penser, en raison de la douleur et de la température, à un myome utérin compliqué de lésions annexiel-

les. Cette fièvre disparaît après l'opération ou dans les jours qui suivent; dès le surlendemain, dans le cas cité plus haut, la malade était apyrétique et l'est restée depuis.

Aux symptômes cliniques des myomes rouges, métrorragies abondantes, douleurs et fièvre, il faut ajouter enfin l'accroissement rapide de la tumeur qui est rapportée dans toutes les observations.

Alors que dans la marche ordinaire du fibromyome utérin, la tumeur augmente lentement de volume, au point que cette évolution torpide peut s'observer chez des malades porteurs de masse néoplasique relativement considérable, qui n'avait jamais causé le moindre malaise abdominal : ni douleurs, ni tiraillements, pas même une sensation de gêne, et sont découvertes par hasard, à l'occasion d'une exploration motivée par une autre cause, il n'en est pas de même dans la variété qui nous occupe.

Dans tous les cas de myome rouge, on constate comme un coup de fouet donné à la maladie, qui imprime aux symptômes une allure tout à fait inattendue, aiguë, pourrait-on dire. Brusquement, la tumeur se met à augmenter de volume; les pertes de sang deviennent profuses; la douleur se montre ou s'aggrave; la fièvre apparaît; l'état de la malade devient inquiétant; à moins qu'une intervention opportune ne vienne enrayer les progrès du mal.

Les myomes rouges sont donc des tumeurs utérines qui évoluent d'une façon aiguë, et présentent un développement rapide. Les malades disent avoir constaté

elles-mêmes cette augmentation qui peut s'être opérée en quelques mois seulement ; en cinq mois, dans l'observation rapportée par M. le Docteur Mazet, la tumeur avait pu atteindre le volume d'une tête fœtale. Cet accroissement se traduit extérieurement par les pertes sanguines abondantes, et contribue, comme nous le verrons plus loin, à occasionner les douleurs violentes qu'accusent les malades.

Il est toujours possible par la palpation, assez souvent douloureuse, de se rendre compte de la présence de cette tumeur souvent volumineuse, de la délimiter et de faire la comparaison, s'il y a eu examen antérieur, avec le développement constaté à ce moment.

Lorsqu'on pratique l'examen local, on sent à la palpation un utérus augmenté de volume, de grosseur variable, allant de celle d'une grosse orange à celle d'une tête d'adulte. Au toucher et palper combinés, on peut se rendre compte du siège occupé par la tumeur, qui se trouve située, soit dans le petit bassin où elle peut s'enclaver (Obs. III), soit dans l'abdomen, à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis et même jusqu'à l'ombilic qu'elle peut dépasser (Obs. IV). Le col est parfois élevé, attiré par la tumeur ; l'utérus est senti plus ou moins dur, selon le développement du myome, son siège plus ou moins profond, selon sa situation par rapport à la paroi utérine. Généralement, la consistance est plutôt mollesse et cette mollesse est parfois telle qu'elle peut faire penser à une masse kystique. La tumeur fait corps avec l'utérus, car il s'agit presque toujours de myomes interstitiels, et les mouvements qui lui sont imprimés sont transmis

au col et perçus par la main vaginale. A l'hystéromètre, on trouve un agrandissement de la cavité utérine.

En somme, on retrouve ici les signes physiques qu'on rencontre dans tous les myomes; le myome rouge étant cependant caractérisé par son augmentation rapide de volume. Le palper et le toucher bimanuel permettent donc de faire le diagnostic de fibrome, mais ne sont pas suffisants pour distinguer la variété dont nous parlons. La mollesse de la tumeur peut simuler le kyste de l'ovaire; les douleurs, la température peuvent faire soupçonner une complication annexielle suppurée. Le diagnostic est donc des plus difficiles et en général non établi avant la laparotomie qui tranche la question; soupçonné cliniquement, il est le plus souvent fait au cours de l'intervention, ou à l'examen de la pièce, après hystérectomie.

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur est des plus intéressants, et complétant les symptômes cliniques observés, il reste la base du diagnostic du myome rouge.

Nous ferons donc suivre cet exposé clinique des considérations anatomo-pathologiques que nous avons pu établir, en nous appuyant sur les différents examens histologiques qui ont été pratiqués, concernant les myomes rouges.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO - PATHOLOGIQUES

Anatomiquement, les myomes rouges se présentent sous un aspect très particulier, dont, pour en donner une idée absolument nette, il faudrait un dessin en couleurs.

A l'œil nu, c'est leur coloration qui frappe d'abord, et c'est pour désigner la coloration spéciale à cette variété de myomes que M. le Professeur A. Pollosson les a dénommés « myomes rouges ».

En effet, à la coupe, le myome présente une couleur rouge foncé, rouge couleur de viande fraîche, ou rouge vineux, ou la teinte « lie de vin », comme dans l'observation IV. La consistance de ce tissu musculaire, de ce myome, présente une certaine mollesse; au toucher, la tumeur s'affaisse facilement sous la pression du doigt et est dépourvue d'élasticité. Par places, il y a très nettement des infiltrations sanguines et de véritables taches ecchymotiques; ailleurs, la teinte uniformément congestive prédomine.

On trouve la cavité utérine agrandie.

La masse fibromateuse est de grosseur variable; elle

peut aller du volume du poing à celui d'une tête fœtale et au delà. La tumeur est le plus souvent (ainsi qu'il ressort des différentes observations), formée par un myome interstitiel, logé dans l'une des parois utérines. Elle est entourée d'une capsule qui apparaît plus épaisse que dans les fibromes ordinaires; on y voit des strates concentriques pouvant aller jusqu'à plusieurs centimètres d'épaisseur. Cette capsule permet de trouver un plan de clivage facile, et lorsqu'on l'incise, on voit le myome faire, pour ainsi dire, hernie.

Ces caractères de coloration et de mollesse spéciales, cette capsule épaissie, sont donc différents de ceux que l'on rencontre dans les fibromyomes ordinaires, qui sont constitués par un tissu dense, blanchâtre, parfois nacré, élastique, ou dans les fibromes mous ou mortifiés, qui sont, les premiers moins nettement encapsulés, les seconds de couleur plutôt livide ou jambonnée.

L'examen histologique du tissu néoplasique révèle des modifications intéressantes.

Au microscope, les myomes rouges apparaissent comme des « myomes purs » à fibres musculaires lisses, courtes, à noyaux très développés, avec fuseau, colorés par l'éosine d'une façon nette. Ces fibres musculaires courtes sont pressées les unes contre les autres, sans tissu conjonctif intermédiaire, se disposant d'une façon très régulière. Les noyaux sont volumineux, occupent presque tout le corps de la cellule, ce qui les fait ressembler tout à fait des fibres musculaires lisses embryonnaires.

A côté de cette hyperplasie musculaire, ce qu'il y a de remarquable dans cette préparation, que nous empruntons à M. le Professeur Pollosson, c'est l'abondance des

vaisseaux : ce sont de petites artérioles, bourrées de globules, avec quelques hémorragies interstitielles. Tout autour de ces vaisseaux, ce sont des espaces clairs, des mailles remplies d'une substance incolore à l'hématoxyline-éosine, mais dans laquelle baignent de nombreux globules rouges et blancs : les vaisseaux ont donc déversé leur contenu en dehors de leurs parois dans les mailles du tissu ambiant.

Le myome rouge utérin paraît donc être une néoplasie à la fois musculaire et vasculaire, d'où la formation d'une tumeur musculaire hypervascularisée présentant nettement la couleur rouge, signalée dans les diverses observations.

Il s'agit, somme toute, d'un myome jeune, enfermé dans une capsule épaisse, avec vascularisation très abondante et présentant, çà et là, des centres d'accroissement avec cellules à type embryonnaire et des hémorragies interstitielles.

Nous allons, maintenant, relater les quelques observations que nous avons pu nous procurer, et qui ont servi de point de départ à notre étude anatomo-clinique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(MM. A. POLLOSSON et VIOLET, *Lyon Médical*, 1905)

Deux cas de myomes « rouges » encapsulés s'accompagnant de douleurs très vives, de fièvre et d'hémorragies abondantes : myomes encapsulés à évolution rapide.

A. M..., femme B..., 32 ans, habitant Lyon, entre à la Clinique le 14 octobre 1904. Réglée à 13 ans, régulièrement tous les vingt-huit jours ; ses règles durent cinq à six jours. Elles ont toujours été douloureuses au début. Mariée à 25 ans, une grossesse à 26, terminée par une fausse couche à trois mois et demi.

En juillet 1904, la malade eut quelques douleurs abdominales peu vives. C'est à leur occasion que la malade, en se palpant l'abdomen, se découvrit une masse dure, grosse comme une orange. En août et septembre, pas de douleurs, règles régulières. En octobre, huit jours avant l'entrée, apparaissent des douleurs très vives avec un maximum péri-ombilical, les douleurs ne sont accompagnées ni de ballonnement de l'abdomen, ni de vomissements. Ses dernières règles dataient du 18 septembre et les prochaines étaient attendues pour le 16 octobre. Ce n'était donc pas à l'occasion des règles qu'étaient survenues ces douleurs, mais plutôt deux jours auparavant. La malade a été obligée de renoncer à ses occupations et de garder le lit dans la journée. Elle a toutefois cru pouvoir se rendre au cabinet de M. Pollosson qui, après un examen sommaire, mais frappé tout de suite par l'état douloureux de cette malade, la fait entrer dans son service à la Charité avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu ou de fibrome gangrené. On a été obligé de faire des piqûres de morphine à la malade.

La température est de 38°2 le premier soir, de 37°9 le matin, et de 38°9 le lendemain soir. La malade a ainsi continué à osciller entre 37°6 et 38°6, pendant les dix jours qui ont précédé l'opération. La malade ayant eu ses règles au troisième jour de son entrée, on retarda la date de son intervention.

Le 25, hystérectomie abdominale totale. Suites simples. La malade part le 18 novembre. L'utérus pèse 1050 gr. (14 centimètres). La cavité utérine est en arrière. Il s'agit d'une masse fibromateuse unique, du volume des deux poings, logée dans la paroi antérieure de l'utérus, parfaitement énucléable et entourée d'une capsule épaisse de plus de trois centimètres à strates concentriques.

La tumeur elle-même a une coloration rouge, vineuse, rapelant tout à fait celle du coing cuit. Au toucher cette tumeur est molle, peu résistante à la pression, dépourvue d'élasticité. Par place, il y a très nettement des infiltrations sanguines et de véritables taches ecchymotiques, ailleurs, la teinte uniformément congestive prédomine.

Histologiquement, il s'agit d'un myome pur, à fibres musculaires lisses, courtes, à noyau très développé, avec fuseau coloré par l'éosine d'une façon nette. Ce qu'il y a de remarquable dans cette préparation, c'est l'abondance des vaisseaux : ce sont de petites artérioles bourrées de globules avec quelques hémorragies interstitielles. Tout autour de ces vaisseaux ce sont des espaces clairs, des mailles remplies d'une substance incolore à l'hématoxyline éosine, mais dans laquelle baignent de nombreux globules rouges et blancs. Plus loin, disposées d'une façon concentrique par rapport à cet espace et aux vaisseaux, sont des cellules jeunes et à noyaux volumineux prenant fortement le colorant. Somme toute, il s'agit, histologiquement, d'un myome jeune, avec vascularisation très abondante et hémorragies interstitielles.

OBSERVATION II

(M. le Professeur A. POLLOSSON, *Lyon Médical*, 1905)

X..., 48 ans. Deux accouchements, dont le dernier date de 9 ans. Pas de fausse couche, aucune maladie antérieure. Régliée à 14 ans, toujours très régulièrement.

Il y a neuf ans, au moment de son accouchement, la sage-femme remarqua une tumeur abdominale. Depuis un an, les règles ont augmenté de durée et sont devenues beaucoup plus abondantes, surviennent toutes les trois semaines et durent huit jours chaque fois.

La malade ne s'est aperçue de sa tumeur qu'il y a un an, au niveau du bas-ventre. Depuis, cette tumeur a grossi d'une façon insensible. Il y a cinq semaines, la malade fut prise d'une crise très douloureuse, elle souffrait dans le bas-ventre, ne pouvait dormir ni la nuit, ni le jour, et son médecin, M. le Docteur Pacot, fut obligé de lui faire plusieurs piqûres de morphine. Pas de ballonnement du ventre; pas de symptômes péritonéaux; la palpation de la tumeur abdominale était douloureuse; un peu de fièvre, dit la malade. Elle fut obligée de garder le lit ainsi pendant trois semaines et elle ne fut soulagée que par l'apparition de ses règles vers le douzième jour après le début de ses douleurs.

C'est autant par crainte du retour d'une véritable crise, qu'à cause de ses pertes considérables survenues depuis un mois, qu'elle se décide à se faire opérer.

Entrée à la Charité le 2 mai 1905.

A l'examen, il s'agit d'un utérus fibromateux du volume d'une tête de fœtus. Intervention le 4 mai (M. le Professeur Auguste Pollosson).

Hystérectomie totale suivant le procédé de Richelot. Opération très régulière, sans incidents, suites simples. La malade part au dix-septième jour.

Examen de la pièce : la tumeur comporte trois fibromes sous-péritonéaux calcifiés du volume d'un œuf à une noix.

La tumeur principale est formée par un myome interstitiel, développé dans la paroi antérieure de l'utérus, et, qui, à la coupe, apparaît avec une couleur rouge, hortensia. Il s'agit d'un myome unique, entouré d'une capsule épaisse, mesurant plus de deux centimètres. Cette coque incisée, le myome fait, pour ainsi dire, hernie.

La consistance de ce tissu musculaire, de ce myome rouge, présente une certaine mollesse. Il s'affaisse facilement sous la pression du doigt et est dépourvu d'élasticité. La cavité utérine est agrandie : 12 centimètres. La muqueuse ne présente

pas d'hypertrophie notable : trompes saines. Sur les ovaires, pas de corps jaunes évidents.

L'examen histologique du myome révèle un tissu très vasculaire avec des vaisseaux bourrés de globules rouges et ayant déversé leur contenu en dehors de leurs parois, dans les mailles du tissu ambiant. Celui-ci est essentiellement formé de fibres musculaires courtes, pressées les unes contre les autres, sans tissu conjonctif intermédiaire, se disposant d'une façon très régulière. Les noyaux sont volumineux, occupent presque tout le corps de la cellule, ce qui les fait ressembler tout à fait à des fibres musculaires lisses embryonnaires.

OBSERVATION III

(MM. VIOLET et ALAMARTINE, *Lyon Médical*, 1909)

Myome rouge encapsulé de l'utérus, s'accompagnant de douleurs très vives, de fièvre et d'hémorragies abondantes. Castration totale précédée de myomectomie.

La femme qui a fourni la pièce dont il est question dans cette observation était âgée de 48 ans. Réglée à 15 ans, et toujours très régulièrement, elle a eu, entre 21 et 29 ans, trois accouchements qui furent normaux. Son histoire pathologique remonte seulement à deux ans. Depuis cette époque, les règles sont devenues très abondantes, durant huit jours et renfermant de nombreux caillots. De plus, elles s'accompagnent de douleurs qui commencent trois jours avant l'écoulement. Depuis deux mois, les douleurs sont devenues très vives et la malade a dû s'aliter.

A l'entrée dans le service, on constate par la palpation abdominale et le toucher bi-manuel, la présence d'une tumeur utérine occupant le petit bassin où elle s'enclave, et remontant dans l'abdomen jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. Cette tumeur est extrêmement douloureuse, il est, du reste, impossible de sentir les annexes. La température de la malade s'est élevée à 38°8 quatre jours avant les règles.

Pendant toute la durée de ces dernières, qui furent très abondantes, elle s'est maintenue entre 38°5 et 39°5. En présence de cette histoire pathologique, et notamment, en raison de la

douleur et de la température élevée, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'un myome utérin compliqué de lésions annexielles, ou celle d'un myome utérin avec accidents de sphacèle.

L'intervention pratiquée le 24 mai par M. Violèt vient réformer ce diagnostic. En réalité, il s'agissait d'un volumineux myome encapsulé, développé sur la face antérieure de l'utérus, au niveau de la portion inférieure du corps et s'étant enclavé dans le petit bassin.

Il fut impossible d'attirer l'utérus en dehors de l'abdomen, la volumineuse masse antérieure s'accrochant sous la symphise pubienne. On se décida donc à pratiquer, au préalable, une myomectomie, qui fut rendue très facile par l'existence d'un plan de clivage lâche. L'intervention se continua sans incident par une hystérectomie abdominale totale. Suites simples. Dès le surlendemain de l'opération, la malade était apyrétique et l'est restée depuis.

Le myome enlevé avait, à la coupe, la couleur rouge. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un myome à peu près pur, avec des vaisseaux très abondants et des hémorragies interstitielles. Ici et là, on trouve des zones d'accroissement, à aspect myxomateux.

OBSERVATION IV

(M. MAZET, *Lyon Médical*, 1911)

Gros myome rouge encapsulé de l'utérus à évolution rapide.

F. Q..., 37 ans. Pas de maladie de l'enfance. Réglée à 10 ans et demi. Règles toujours régulières et durant trois jours. Chlorose à l'âge de 15 ans, jusqu'à son mariage à l'âge de 27 ans; pas de grossesse, pas de fausse couche; soignée pour de la métrite il y a trois ans.

Il y a cinq mois, apparition de douleurs assez vives dans le bas-ventre avec irradiations dans la cuisse, surtout du côté droit. Depuis, augmentation du volume du ventre, métrorragies peu abondantes et continues depuis un mois seulement.

A l'examen : col utérin élevé, en arrière de la symphise. Utérus dur, dont le fond remonte à un travers de doigt au-des-

sus de l'ombilic. Au niveau de la fosse iliaque droite, on a, à la palpation, une sensation de résistance, avec douleur à la pression, pouvant faire songer à une annexite surajoutée. Cette masse droite n'est pas perçue par le toucher vaginal.

A l'entrée dans le service, 38°9 le soir, 38° le matin. Le 13 janvier, intervention. Par le procédé de Richelot, M. A. Pollosson enlève un utérus fibromateux, gros comme une tête d'adulte, avec annexite droite suppurée du volume d'un poing, adhérente; trompes oblitérées à contenu séreux.

Après incision médiane de l'utérus, le myome fait hernie. Il s'agit d'un myome unique, de coloration rouge vineux et de consistance assez molle. La cavité utérine est en arrière, la masse fibromateuse unique, du volume d'une tête fœtale, est développée au niveau de la paroi antérieure de l'utérus. Elle est entourée d'une capsule épaisse de trois centimètres environ.

A l'examen microscopique, on voit des fibres musculaires lisses, courtes, à noyaux très développés, et on constate une abondance anormale des vaisseaux, bourrés de globules, avec quelques hémorragies interstitielles.

OBSERVATION V (résumée)

(Service de M. le Professeur A. POLLOSSON)

Gros myome rouge, douloureux à la pression, avec métrorragies profuses. Température aux environs de 39°.

M. G..., 39 ans. Comme maladies de l'enfance : rougeole, scarlatine. Fausse couche il y a 20 ans, suivie d'une hémorragie très abondante, ayant beaucoup anémié la malade. Deux grossesses à terme, il y a 18 et 2 ans.

Réglée à 10 ans 1/2; règles douloureuses jusqu'à son mariage, d'une durée de huit jours au moins. Après sa grossesse, les règles sont devenues normales; jusqu'en juillet 1914, la malade se trouve bien, malgré l'abondance des règles qui renferment des caillots.

Depuis le mois de juillet, les trois premiers jours des règles occasionnent des douleurs violentes, obligeant la malade à s'aliter. En février, règles abondantes comme de coutume,

depuis, les pertes rouges ont continué, profuses, et renfermant de nombreux caillots. Il y a quelques jours, syncope.

Depuis, les hémorragies ont persisté très abondantes, mettant la malade dans un état d'anémie très avancée.

A l'entrée, le 1^{er} mars 1920, la malade accuse des douleurs abdominales vives et augmentées par l'examen. Elle est prise d'une grosse hémorragie, que l'on ne peut arrêter que par la pose d'une tige de laminaire.

La température est de 38°2 à l'entrée le matin, et de 39° le soir; elle oscille ainsi de 38° à 39° jusqu'à l'intervention, qui fut faite le 4 mars.

Hystérectomie subtotala sans conservation ovarienne. On trouve une tumeur, de couleur rouge, unique, grosse comme une tête de nouveau-né, molle, à l'étroit dans sa capsule, avec des foyers d'infiltration sanguine et des hémorragies.

OBSERVATION VI (résumée)

(Service de M. le Professeur POLLOSSON)

Myome rouge encapsulé à évolution rapide.

F..., 47 ans. Régliée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. A eu six accouchements et deux fausses couches. La malade n'a jamais pu mener tout à fait à terme ses grossesses. Depuis quelques années ses règles sont devenues plus abondantes, constituant parfois de véritables hémorragies. Il y a six semaines, quinze jours après avoir eu ses règles, la malade a eu subitement une perte rouge très abondante; cette perte de sang et de caillots a persisté pendant huit à dix jours, et s'est accompagnée de douleurs; trois semaines après, nouvelle perte, l'époque des règles ayant duré quatre à cinq jours et ayant été assez abondantes; puis, quinze jours après, pertes rouges profuses avec douleurs, ayant beaucoup affaibli la malade qui se décide à entrer à la Charité le 29 août 1906.

Au palper : énorme masse, lisse, sensible à la pression, mobile et remontant jusqu'à l'ombilic, en occupant surtout la fosse iliaque droite.

Au toucher et au palper, gros utérus fibromateux, douloureux, mais bien mobile.

La température est de 37°5 le matin et de 38° le soir.

Opération de Doyen le 6 septembre.

La pièce enlevée est un myome rouge à évolution rapide, nettement encapsulé.

OBSERVATION VII

(M. le Professeur DE ROUVILLE, *Bulletin Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, déc. 1911, février 1912)

Myome pur de l'utérus compliquant la grossesse.

Le 23 juin 1911, M. le Docteur Guirauden est appelé d'urgence auprès d'une malade, Mme C., qu'il trouva dans un état alarmant : facies décomposé, pouls filiforme à 145, ventre très dur et très volumineux, siège de douleurs atroces; il constate une grossesse. Il est étonné par le volume anormal du ventre, qui laisse deviner une tumeur ovoïde à grand axe oblique, et dont le pôle supérieur vient se loger sous l'estomac; dimensions d'un utérus gravide de neuf mois; le palper est impossible, car il ravive les douleurs.

Etant donné le volume de l'utérus, l'âge de la grossesse et la physionomie des accidents, M. Guirauden pense à une hémorragie massive rétroplacentaire survenant au sixième mois et demi de la grossesse.

L'état général s'aggravant rapidement, malgré les piqûres d'éther, de caféine et d'huile camphrée, il procède immédiatement à la dilatation manuelle du col; il éprouve une très grande résistance de la part de l'anneau de Bandl. Il perce la poche des eaux et extrait un prématuré vivant de 6 mois 1/2; l'utérus n'ayant diminué que de moitié, dans la crainte d'une grossesse gémellaire, il ligature le cordon du côté maternel. Dès l'ouverture de la poche des eaux, les douleurs abdominales se sont amendées, et, l'amélioration persiste après extraction de l'enfant. M. Guirauden pratique alors le palper abdominal, pour déterminer la position du second fœtus éventuel; sous l'influence de cette exploration peu brutale, il voit sortir spontanément par l'orifice vulvaire le placenta. Celui-ci, examiné avec soin, est complet, sans aucune trace de connexion, avec une autre enveloppe ovulaire. Il n'y avait ni grossesse gémel-

laire, ni hémorragie rétroplacentaire. Pour plus de précision, la main est introduite dans l'utérus et proménée en tous sens dans sa cavité; celle-ci est absolument vide et ne renferme pas le moindre caillot sanguin. Cette exploration, par contre, démontre à l'opérateur l'existence d'une tumeur fibreuse assez dure, volumineuse, et qui semble faire corps avec la paroi latérale gauche de l'utérus. Ecoulement de sang *post-partum* peu abondant. Injection intra-utérine.

Mais les douleurs bientôt se réveillent; le lendemain elles sont intolérables, comme au moment de l'accouchement; elles durent 15 minutes, avec courts intervalles d'apaisement relatif. Dans la crainte de nouveaux accidents, la malade est envoyée dans le service de M. le Professeur de Rouville, pour intervention.

Hystérectomie abdominale subtotale. « J'enlève, dit M. le Professeur de Rouville, ainsi que ces annexes, l'utérus. Il n'y a pas trace de péritonite; l'appendice est sain, les annexes ne sont le siège d'aucun processus inflammatoire. Guérison rapide sans incident. Examiné aussitôt après l'intervention, l'utérus apparaît comme le siège d'un volumineux fibrome interstitiel, occupant toutes les faces, les bords et le fond de l'organe, et ayant refoulé vers la droite et aplati transversalement la cavité utérine. Le cas anatomique serait en somme assez banal, si de l'examen très autorisé que M. le Professeur agrégé Massabuau a bien voulu faire de cette pièce, il ne résulterait que nous avions eu affaire à un de ces cas rares et forts intéressants de « myomes purs de l'utérus ». Voici la note qu'a bien voulu nous remettre M. Massabuau. »

« La tumeur utérine examinée est constituée par des amas de fibres musculaires lisses très rapprochées les unes des autres et séparées par des minces travées conjonctives. Les amas sont coupés de diverses façons, les uns parallèlement à l'axe des fibres musculaires, les autres perpendiculairement ou obliquement; les fibres lisses qui constituent ces amas ont une structure caractéristique. Les vaisseaux sont nombreux dans la tumeur, dilatés, à parois épaisses; autour de quelques-unes existe une couronne nette de cellules conjonctives jeunes, dont les noyaux présentent des figures de division, et qui s'allongent progressivement pour prendre le type fusiforme; il est difficile de préciser davantage leurs rapports

avec les fibres lisses, mais en aucun point, nous n'avons vu de figure qui permette de penser à la transformation d'une de ces cellules fusiformes en fibres lisses proprement dites. Les ovaires ont subi la dégénérescence micro-kystique.

En résumé, il s'agit d'un myome pur de l'utérus, à évolution rapide, accompagné d'ovaires micro-polykystiques.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Nous n'avons fait, dans ce qui précède, qu'exposer brièvement la symptomatologie clinique et les données anatomo-pathologiques concernant les myomes rouges. Voyons maintenant si nous pouvons expliquer les différents symptômes et, s'il est possible, par les examens histologiques dont nous avons parlé, de nous rendre compte de la nature du myome rouge.

Résumons d'abord succinctement leurs principaux caractères.

Cliniquement : les myomes rouges se caractérisent par des douleurs vives dans le bas-ventre, une fièvre plus ou moins marquée, débutant d'ordinaire quelques jours avant les règles, et se maintenant assez élevée pendant toute la durée de ces dernières ; enfin par des hémorragies profuses, le tout survenant chez une malade porteur d'un myome à évolution rapide.

Anatomiquement : il s'agit de tumeurs encapsulées, très vascularisées, constituées par des fibres musculaires lisses courtes, à noyaux très développés, et présentant çà et là des centres d'accroissement avec cellules jeunes très abondantes. Enfin, on constate un développement

anormal des vaisseaux avec quelques hémorragies interstitielles.

Comment interpréter ces deux ordres de faits ?

Voilà, cliniquement, une tumeur à développement rapide, qui cause des hémorragies, des douleurs et de la fièvre. Comment se fait cet accroissement rapide ?

Nous connaissons l'histogénèse du fibromyome en général. Nous savons que son origine est une hyperplasie périvasculaire. Le nodule fibromyomateux a pour origine la prolifération des tissus musculaire et conjonctif de la paroi des vaisseaux. Pour Klebs, Pilliet et Costes, le point de départ de cette prolifération se trouve dans les cellules conjonctives embryonnaires situées au niveau de l'adventice des capillaires. Ces cellules prolifèrent et constituent le nodule qui grossit. Le tissu conjonctif apparaît dans le nodule secondairement. En somme, les vaisseaux sont le centre de formation des nodules myomateux; le myome apparaît comme une « maladie primitive du réseau vasculaire utérin ».

Cette hyperplasie périvasculaire dans un myome à évolution rapide, comme le myome rouge, sera donc conditionnée par l'abondance anormale des vaisseaux, et, de fait, nous avons constaté la richesse du myome rouge, en capillaires, néo-capillaires ou artérioles en voie de reproduction active. Nous avons, ici, comme dans le myome normal, la même unité histologique, constituée chacune, au centre, par un vaisseau axile, qui est l'origine de la formation néoplasique; mais, ici, nous voyons un accroissement d'autant plus rapide que cet élément vasculaire est plus développé.

A cette hyperplasie vasculaire intense fait donc suite

une hyperplasie musculaire non moins rapide et non moins accentuée; le développement du système vasculaire a pour conséquence une réaction hyperplasique du muscle; les néo-capillaires s'entourent d'éléments musculaires jeunes, formant autant de noyaux néoplasiques; d'où l'accroissement rapide du myome.

Les fibres musculaires courtes, jeunes, à noyaux très développés, ressemblant à des fibres lisses embryonnaires, sont pressées les unes contre les autres, et ne laissent plus dans le tissu ambiant place au tissu conjonctif pour se développer secondairement.

Hyperplasie vasculaire anormale; consécutivement : réaction intense du tissu musculaire périvasculaire; voilà les deux processus de l'évolution aiguë du myome rouge, que nous avons appelé myome jeune à vascularisation très abondante et à accroissement rapide.

Le myome rouge est aussi un myome douloureux; contrairement aux autres myomes, la douleur ne manque jamais, devient parfois très vive, en dehors, avons-nous vu, de toute lésion annexielle ou infection locale surajoutées.

Ces tumeurs sont douloureuses par elles-mêmes, qu'il s'agisse de douleur spontanée ou provoquée. Elles ne sont cependant pas enclavées dans le petit bassin (sauf dans l'observation III); le rectum n'est pas comprimé, la vessie ne l'est pas davantage, puisqu'il n'existe aucun trouble de la miction; le plexus sacré n'est pas en souffrance; les ovaires et les trompes (sauf dans le cas rapporté dans l'observation IV), sont sains; il faut donc

chercher dans la tumeur elle-même les raisons de ces phénomènes douloureux.

Les douleurs sont la conséquence de l'accroissement rapide du myome signalé plus haut. La tumeur se compose, en effet, d'un tissu propre, maintenu dans une coque de tissu conjonctif refoulé, et, ici, toujours assez épaisse, appelée capsule, le tout inclus au sein du parenchyme utérin. Ces trois éléments agissant les uns sur les autres peuvent nous expliquer les symptômes douloureux qu'accusent les malades.

La tumeur vascularisée, gorgée de sang, augmente considérablement de volume et se trouve rapidement à l'étroit dans sa capsule épaisse, dont le tissu conjonctif plus résistant, moins extensible, ne peut suivre le tissu myomateux dans son développement rapide. Ce myome, comprimé à la périphérie par la capsule fibreuse qui tend à limiter son développement, voit son contenu augmenter par l'apport excessif de la masse sanguine qui dilate ses nombreux vaisseaux et par l'hyperplasie concomitante de ses capillaires néoformés et des fibres musculaires jeunes en pleine évolution. Ces fibres elles-mêmes, fortement pressées les unes contre les autres, compriment les éléments nerveux contenus dans la tumeur. Astruc et Dupuytren n'ont-ils pas découvert des nerfs dans les fibromes? Heitz a figuré leurs terminaisons, et Hanot a vu de véritables plexus nerveux au contact des fibres musculaires lisses.

Action mécanique d'une part, s'exerçant de dedans en dehors, par la congestion et l'hyperplasie du myome qui se développe, de dehors en dedans par sa capsule qui le comprime; action modificatrice d'autre part, par

l'abondance de ses éléments en reproduction active : vaisseaux sanguins, fibres lisses, stase sanguine; actions irritant les filets nerveux du néoplasme et engendrant le symptôme douloureux.

Nous aurions ainsi une explication de l'augmentation des douleurs dues à la grossesse, ou constatée à l'approche des règles ou pendant leur durée; ces états physiologiques, en déterminant une turgescence de toute la tumeur, en exagèrent les symptômes. De même, il nous paraîtrait explicable que les règles puissent, comme dans l'observation II, en amenant une décongestion relative et une décompression partielle du tissu myomateux, laisser après elles un certain soulagement à la malade.

Ainsi sont donc constitués les deux caractères cliniques des myomes rouges : tumeurs à évolution rapide et, secondairement, tumeurs douloureuses. Enfin, les lésions irritatives du tissu utérin lui-même qui entoure la tumeur et son enveloppe, l'hyperhémie de sa muqueuse qui participe à cette activité pathologique, s'ajoutent aux raisons énoncées et contribuent également à l'apparition des douleurs observées.

A quoi attribuer la fièvre plus ou moins intense, modérée le plus souvent, qui fait partie du tableau clinique des myomes rouges ?

Cette fièvre précède ou accompagne les périodes menstruelles et semble avoir un rapport avec l'acuité des douleurs et l'intensité des pertes sanguines. C'est donc dans les modifications apportées au sein même du tissu néoplasique qu'il faudrait rechercher une explication à cette

élévation de température. Nous ne pouvons, comme nous le verrons plus loin au sujet de l'interprétation des faits, conclure à une congestion inflammatoire au niveau d'un myome banal. Il ne peut donc s'agir de fièvre septique, d'origine toxi-microbienne.

Nous savons, d'autre part, qu'il existe en pathologie générale des fièvres, dites aseptiques, sans intervention de processus inflammatoire ou infectieux. Ces accidents fébriles du myome rouge, semblent être un exemple de cette fièvre aseptique. Les épanchements sanguins notables en voie de résorption, les tissus contusionnés ou traumatisés par une intervention faite aseptiquement, les injections aseptiques d'albumines hétérogènes (sé-rums), peuvent donner naissance à des accidents fébriles d'ailleurs légers, sans modification marquée du pouls, sans atteinte sérieuse de l'organisme. Il est probable que dans le cas particulier des myomes rouges, la fièvre modérée qui caractérise leur évolution reconnaît justement comme cause la résorption du sang extravasé.

Les modifications de la circulation dans le myome; la congestion intense; les hémorragies interstitielles; le travail pathologique local dans cette tumeur à évolution aiguë; peut-être le traumatisme exercé par la tumeur sur son enveloppe et réciproquement; enfin, les douleurs, sont autant de facteurs qui peuvent, en dehors de toute autre cause locale ou générale, expliquer cette élévation de température continue et modérée, accrue au moment des règles, précisément lorsque la congestion, les extravasations sanguines et la résorption consécutive sont elles-mêmes augmentées.

Peut-on expliquer l'abondance des hémorragies dans le myome rouge ?

Les tumeurs fibreuses, à quelque variété qu'elles appartiennent, déterminent toujours du côté de l'utérus des modifications, et la muqueuse elle-même subit des altérations histologiques dont la connaissance permet jusqu'à un certain point, de comprendre la pathogénie des hémorragies symptomatiques.

On constate dans la muqueuse la présence d'une grande quantité de vaisseaux dilatés et environnés par places d'extravasations sanguines. La tumeur entraîne la congestion; la muqueuse, atteinte d'endométrite glandulaire ou interstitielle, fongueuse, hémorragique, joue un rôle important dans la production des métrorragies dans les fibromes.

Nous pouvons voir ici l'exagération d'un symptôme normal dans toutes les tumeurs fibreuses.

Le néoplasme continue, par voie réflexe, à congestionner la muqueuse enflammée et d'autant plus que son développement est plus rapide, son évolution aiguë. Le myome entretient un état de congestion intense de tout l'organe, et la muqueuse hypervascularisée, épaissie, présentant des lésions d'endométrite, saigne plus abondamment que dans le myome banal. Cette congestion est d'autant plus marquée dans le myome rouge que les troubles circulatoires locaux sont plus accentués, véritables poussées hémorragiques, encore accrues au moment des règles. Ajoutons-y les modifications de circulation sanguine dans le parenchyme utérin, la vascularisation anormale causée par la présence de la tumeur, et aussi l'atonie de la musculature utérine, qui ne peut

réaliser par sa contraction une oblitération suffisante des vaisseaux qui saignent; nous pourrons ainsi trouver une explication des hémorragies profuses dues aux myomes rouges.

INTERPRÉTATION DES FAITS

Nous avons étudié les caractères intéressants de structure, que l'examen macroscopique et microscopique du myome rouge révèle: à l'œil nu, coloration rouge, lie de vin, couleur de viande fraîche; au microscope, myome pur, jeune, avec vascularisation très abondante et hémorragies interstitielles.

Est-il possible, actuellement, d'interpréter ces données et de déterminer la nature de la tumeur ?

La coloration rouge spéciale de la tumeur s'explique par l'abondance des vaisseaux qui la composent et par l'hyperplasie des fibres lisses; il s'agit d'un myome où le tissu conjonctif fait presque défaut et dans lequel l'élément musculaire a pris un grand développement. Cette prédominance du tissu musculaire donne à la tumeur cet état de mollesse constatée, et cette coloration rougeâtre, charnue, qui la différencie à première vue. Ajoutons à cela la congestion active de la tumeur en évolution, les hémorragies interstitielles, et, aussi, vraisemblablement, la diffusion de la matière colorante du sang dans le tissu myomateux, et nous aurons l'explication de cette teinte «rouge»; teinte «lie de vin»,

chair musculaire, spéciale au myome rouge, et de cette consistance molle, dépourvue d'élasticité, signalée dans les diverses observations.

S'il est facile d'expliquer la coloration rouge du myome, il est beaucoup plus difficile d'interpréter les modifications histologiques qu'il présente: néoformations vasculaires, hyperplasie musculaire intense, congestion et transsudations sanguines.

Autrement dit: Qu'est-ce que le myome rouge ?

Est-ce un myome banal ?

Est-ce un myome atteint de congestion inflammatoire ou en voie de sphacèle ?

Est-ce une tumeur maligne ou un myome en voie de dégénérescence maligne, subissant la transformation en sarcome ou en leiomyome malin ?

Est-il possible, actuellement, de découvrir à ces tumeurs une entité anatomo-clinique, et de déterminer la place qu'il convient de leur assigner ?

Le myome rouge est-il un myome banal ?

Evidemment non, et l'étude anatomo-clinique que nous en avons faite, nous permet de le différencier nettement des fibromyomes ordinaires. Ses caractères cliniques : douleurs, fièvre, hémorragies abondantes; son évolution aiguë, son accroissement rapide; sa coloration; sa structure histologique: fibres lisses très abondantes en voie de développement rapide, presque sans tissu conjonctif intermédiaire, vaisseaux très nombreux, congestionnés et hémorragies interstitielles; nous montrent, que nous sommes en présence d'un myome pur, jeune, en évo-

lution aiguë : complication, ou, peut-être, transformation, que nous allons essayer d'analyser.

Faut-il voir dans le myome rouge, une congestion inflammatoire intense venant compliquer un myome banal, ou, simplement, un myome à évolution rapide, très vasculaire ?

Une congestion active est, en effet, le phénomène initial de toute inflammation ; mais celle-ci conditionne celle-là, et l'inflammation ne peut être causée, selon la loi établie en pathologie générale, que par un agent pathogène ; l'inflammation suppose donc l'infection. Le tissu enflammé réagit par des troubles circulatoires, par la congestion prélude de la diapédèse, procédé général de défense des tissus contre les bactéries.

Or, nous savons que, dans le myome rouge, il n'y a pas seulement congestion, mais aussi et surtout hyperplasie vasculaire active, formation exagérée de vaisseaux sanguins, jeunes, et cela nous ne pouvons l'expliquer par la congestion simple. De même l'accroissement des fibres musculaires ne peut trouver son explication dans ces troubles circulatoires. De plus, il n'existe aucune réaction inflammatoire du tissu conjonctif, il n'y a, nulle part, infiltration leucocytaire typique et nulle diapédèse autour des vaisseaux, mais seulement de nombreux globules rouges, extravasés, et baignant dans une substance incolore ; les examens histologiques n'ont montré aucun globule de pus. Il n'existe donc aucune inflammation histologiquement décelable. De plus, tous les ensemencements pratiqués avec des fragments de ces myomes rouges sont restés stériles ; tous les exa-

mens bactériologiques soigneux qui furent faits démontrèrent l'asepsie sur tous les milieux.

Inversement, on peut voir des myomes purs compliqués de fièvre, dans lesquels la recherche bactériologique est positive. L'infection bactérienne des myomes interstitiels purs n'est pas très rare, et se fait, en général, par le milieu sanguin, par septicémie générale (cas de pneumonie, phlegmons, par exemple), ou par un envahissement du tissu myomateux par les agents infectieux venus de l'extérieur (Piquand). La fixation des micro-organismes est, d'ailleurs, favorisée par les processus dégénératifs au niveau du myome: ramollissement, nécrobiose, dans l'épaisseur du myome. Cliniquement, cette infection se reconnaît à l'augmentation de volume de la tumeur, à son ramollissement, à la douleur, à la fièvre, à la septicémie chronique et enfin à la suppuration par le vagin.

Cette atteinte de l'état général, cette suppuration, ne sont pas signalées dans les différents cas de myomes rouges. D'autre part, nous avons vu que l'infection ne peut pas être mise en évidence dans ces mêmes tumeurs, ni par les examens histologiques, ni par les cultures pratiquées sur différents milieux. Il est donc prématuré de parler d'infection, en ce qui concerne les myomes rouges, et s'il y a entre ceux-ci et les myomes infectieux, quelques analogies cliniques, leur parenté ne semble pas actuellement établie, au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique.

Le myome rouge peut-il être considéré comme une tumeur en voie de sphacèle, de nécrobiose aseptique ?

Nous pouvons, ici encore, trouver quelques ressemblances entre ces tumeurs en voie de sphacèle et les myomes rouges; au point de vue clinique: douleurs, fièvre modérée, hémorragies profuses; au point de vue anatomique, même: tumeur ramollie, à coloration particulière, rougeâtre, « lie de vin », comme dans l'observation rapportée par M. Lecène (« Annales de Gynécologie et d'Obstétrique », Paris, 1911). Nous voyons, dans ce cas, que la capsule a disparu partiellement, et qu'à côté de ces parties à coloration « lie de vin », il en existe d'autres, de teinte parfois verdâtre, mêlée de jaune et de brun.

Dans une autre observation, publiée par M. Michel, « Myome rouge encapsulé de l'utérus » (« Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », 1912), le tissu fibromyomateux avait une teinte brun feuille morte, devenant peu à peu plus sombre, ardoisé. Cette nécrose aseptique s'accompagnait de douleurs très vives, d'hémorragies très abondantes, et en dehors de ces pertes sanguines, d'un écoulement aqueux sans odeur. Il y avait des troubles généraux marqués, ressortissant de l'intoxication de l'organisme par les produits de désintégration cellulaire. Chez d'autres malades, on observait de l'œdème du corps utérin; de l'hydrorrhée; des pertes sanguinolentes abondantes, en rapport avec les altérations du globule sanguin; de l'hémolyse; et, enfin, une sorte de cachexie avec teinte jaune paille. L'ablation du fibrome a guéri complètement ces malades.

L'aspect macroscopique des tumeurs dont il est parlé dans ces observations, est donc différent, en certains points, tout au moins, de la coloration uniformément

rouge du myome que nous étudions, et nous montre nettement des lésions que nous ne voyons pas à l'examen des pièces de myomes rouges. Différents également sont certains symptômes cliniques : altération marquée de l'état général, troubles de l'hématopoïèse, intoxication de l'organisme, symptômes qui n'existent pas dans le myome rouge.

Comparons maintenant les résultats des examens histologiques dans les deux cas.

Dans le cas de fibrome sphacélé, on voit des fibres musculaires lisses, en un grand nombre de points frappées de mort; elles ne se colorent plus que d'une façon diffuse et leurs noyaux ont disparu. En outre, les vaisseaux capillaires du tissu fibromateux sont dilatés et, en certains points, rompus; sur des coupes, on voit sur certaines fibres de l'infiltration granulo-graisseuse: en somme, processus de dégénérescence des fibres musculaires et lésions des vaisseaux.

Que voyons-nous sur des coupes de myomes rouges ? Des fibres musculaires lisses, courtes, à noyau très développé, avec fuseau coloré par l'éosine d'une façon nette; vaisseaux abondants, petites artérioles bourrées de globules. Tout autour, on voit de nombreux globules rouges et blancs, et plus loin, des cellules jeunes et à noyaux volumineux prenant fortement le colorant. Somme toute, myome jeune, à développement rapide, avec vascularisation très abondante, mais rien qui ressemble au sphacèle.

Et, d'ailleurs, cliniquement, s'il s'agissait de gangrène, l'affection évoluerait d'une façon continue, et non pas poussées successives alternant avec des périodes où le

myome est latent. Le fibrome sphacélé se présente avec un cortège de phénomènes généraux extrêmement aigus, d'une haute gravité immédiate, comme nous venons de le voir, qui sont absents dans le myome rouge.

Pour les raisons que nous venons d'exposer, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, nous pensons avec M. le Professeur A. Pollosson, qu'il serait prématuré de vouloir classer le myome rouge dans la catégorie des fibromes infectieux ou gangréneux, s'il y a parenté entre ces derniers et le myome rouge, elle est douteuse et en tous cas assez éloignée. Ces fibromes « lie de vin » se montrent, en général, comme une tumeur utérine qui subit une poussée aiguë ; on voit un accroissement rapide de la tumeur et des douleurs, mais lorsqu'il s'agit de déterminer leur nature gangréneuse, lorsqu'il s'agit de savoir s'il y a des phénomènes d'infection à l'origine de cette complication particulière, on ne peut conclure.

Nous avons plutôt tendance à penser que les myomes rouges répondent à des lésions intermédiaires, ou à des lésions au début ; qu'il s'agit d'un myome à évolution rapide, très vasculaire, comparable aux noyaux rouges, un peu diffus, au nombre de un, deux ou trois, rencontrés souvent au centre d'un myome, lesquels, répondent trop macroscopiquement et microscopiquement, à des points plus vasculaires, à des centres d'accroissement avec cellules jeunes.

Peut-on voir dans le myome rouge une tumeur en voie de dégénérescence maligne, de transformation en sarcome ou en leiomyome malin ?

Le myome rouge est-il un myome frappé secondaire-

ment de transformation sarcomateuse ? Est-ce un myosarcome en voie de développement ?

Cette transformation des fibromyomes en sarcomes est relativement assez fréquente; Piquand l'estime à 2 pour 100, et les sarcomes de la paroi utérine, du parenchyme utérin, sont, le plus souvent, des corps fibreux en voie de dégénérescence; le sarcome est, le plus souvent, secondaire à un fibrome préexistant: c'est un fibrosarcome.

Comment s'opère cette transformation au point de vue histologique ? Comment se traduit-elle cliniquement ? Le bref résumé que nous allons faire nous servira à comparer les ressemblances de ces deux tumeurs, à nous rendre compte de leurs caractères distinctifs.

Le tissu sarcomateux peut provenir du tissu conjonctif du myome, par multiplication du tissu conjonctif interstitiel. Il peut venir de la prolifération des cellules de la paroi des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il peut naître par transformations des cellules musculaires elles-mêmes. Ces cellules sarcomateuses sont douées d'un grand pouvoir de prolifération, dont la présence imprime à la tumeur l'allure maligne de la dégénérescence sarcomateuse.

Anatomiquement, on voit que l'aspect de la tumeur en voie de transformation est variable suivant le degré de dégénérescence. Habituellement, la transformation est incomplète; dans certains points, on trouve le tissu fibromyomateux, de consistance ferme, avec ses caractères normaux, ce qui permet d'affirmer le point de départ fibromateux; en d'autres points, on trouve des parties dégénérées, siégeant le plus souvent au centre

et constituées par des nappes d'un tissu plus mou, de coloration jaunâtre ou rougeâtre, souvent creusées de géodes.

Histologiquement, le tissu sarcomateux peut être formé de cellules rondes ou fusiformes; peut renfermer des cellules géantes à plusieurs noyaux. On voit une plus ou moins grande quantité de fibres conjonctives interposées entre les cellules. Enfin, à l'examen macroscopique, le plus souvent la capsule s'est amincie par places, elle est infiltrée; parfois elle est détruite par l'envahissement néoplasique; ces tumeurs ne sont plus que partiellement encapsulées, ou ne possèdent plus qu'une capsule mince, ne gênant plus leur développement, et qui, dans certains cas, a complètement disparu.

Au point de vue clinique, on peut soupçonner l'existence de ces tumeurs, lorsqu'on voit un néoplasme, considéré comme un fibrome, augmenter de volume avec une extrême rapidité, donner des hémorragies abondantes; causer des douleurs; mais le microscope seul permet le diagnostic certain.

Enfin, ces tumeurs dégénérées ont un pronostic fort grave; le mal évolue rapidement et la mort a pu survenir en cinq ou six mois. La récurrence post-opératoire est fréquente, avec une survie variable. On doit donc considérer ces tumeurs comme malignes dans toute l'acceptation du mot, comme un véritable cancer conjonctif à point de départ fibromateux.

Faisons la comparaison avec le myome rouge.

Les symptômes cliniques se confondent en partie avec ceux du myome rouge, du moins au début de leur évolution: douleurs, hémorragies et accroissement rapide

existent dans les deux cas, la fièvre restant cependant une particularité du myome rouge. L'état général est vite altéré dans le cas de sarcome; l'évolution clinique paraît plus rapide et plus grave, puisque, dans certains cas, quelques mois sont suffisants pour amener la mort; de plus, ils récidivent souvent après l'intervention.

Avec les myomes rouges, l'état général n'est pas, ou est peu atteint; une certaine élévation de température est un symptôme habituel, mais l'évolution est moins aiguë et ne donne pas l'impression d'une tumeur maligne; il n'a pas été publié de cas de récidives après ablation de myome rouge, et sans avoir pu revoir ni interroger directement les malades opérées, nous avons pu, par les renseignements recueillis, penser à une survie très prolongée (12 ans dans une observation), sinon à la guérison après l'exérèse radicale.

Au point de vue anatomo-pathologique, les différences paraissent très nettes. Le myome rouge n'a ni l'aspect variable, ni la coloration inégale, blanchâtre en certains points, jaunâtre ou rougeâtre en d'autres, du myome en voie de dégénérescence sarcomateuse. On ne trouve, chez lui, aucune trace de tissu fibromyomateux normal; pas de parties dégénérées, puisque, au contraire, le microscope nous a montré des éléments en voie de reproduction active; on ne rencontre ni cellules rondes séparées par des trames de tissu conjonctif, ni cellules fusiformes, ni cellules géantes; et surtout, contrairement au sarcome, où le tissu conjonctif est très abondant, en voie de multiplication entre les fibres musculaires; autour de la paroi des vaisseaux, ou aux dépens des fibres conjonctives intermédiaires, on ne voit dans le myome

rouge qu'un tissu conjonctif réduit à d'infimes proportions, presque inexistant. Avec ce tissu conjonctif qui a presque disparu, on trouve des fibres musculaires très nombreuses, au contact les unes des autres, jeunes, à noyaux très développés, et en voie de développement actif, mais sans signes de transformation sarcomateuse. Les vaisseaux sanguins, très abondants, ont des parois minces, embryonnaires, de nouvelle formation, mais ne présentent pas non plus de prolifération de leurs cellules endothéliales. De plus, dans le myome rouge, la capsule, au lieu d'être amincie, infiltrée, presque détruite, est, au contraire, nettement constituée, épaissie, et ne présente aucune trace d'envahissement par le tissu néoplasique.

Il ne s'agit donc pas, dans le myome rouge, d'une dégénérescence, d'une « métaplasie » sarcomateuse, qu'elle soit constituée aux dépens des fibres conjonctives, des cellules des vaisseaux ou des fibres musculaires lisses. Il ne semble pas que l'on soit en présence d'un envahissement progressif du myome par les cellules conjonctives en prolifération maligne.

De cette transformation sarcomateuse, on peut rapprocher ce que M. Condamin, en 1896, a décrit comme un véritable « cancer musculaire lisse » et qui a été dénommé « léiomyome malin ».

Cette forme a été bien étudiée, en France, par l'Ecole lyonnaise: MM. Gouilloud et Molard, Gangolphe et Duplant, Paviot et Bérard, et, plus récemment, par MM. Violet et Alamartine. MM. Devic et Gallavardin lui consacrèrent, en 1901, dans la « Revue de Chirurgie », une

description dont nous nous sommes inspiré. Nous reproduisons une observation de leiomyome malin, publiée par MM. Violet et Alamartine, dans le « Lyon Médical », en 1909; et une autre, de MM. Bérard et Charvet, parue, en 1910; observations qui pourront nous servir de points de comparaison.

Brièvement: Qu'est-ce que le leiomyome malin ? Quels sont ses principaux caractères ? Le myome rouge est-il un leiomyome malin en voie de développement ?

Qu'est-ce que le myome malin ? Il s'agit, suivant l'expression de M. Condamin, d'une véritable tumeur maligne à point de départ musculaire; c'est un myome malin à fibres lisses; véritable « cancer musculaire lisse ».

Ces tumeurs ont l'évolution clinique rapide des sarcomes du parenchyme utérin, avec une malignité plus ou moins marquée, variable, mais indiscutable; elles se traduisent par des douleurs, des hémorragies abondantes; les ganglions sont envahis, mais l'état général ne semble pas atteint, tout au moins au début. Ce qu'il y a de spécial, c'est le développement parfois énorme de la tumeur, son extension aux organes voisins: ligaments larges, vessie, comme dans le cas rapporté par MM. Bérard et Charvet; c'est son retentissement ganglionnaire, les métastases qu'elle détermine sous forme de noyaux musculaires lisses ou de généralisations viscérales; dans le foie, les reins, les poumons, le pancréas, le corps thyroïde, comme dans l'observation de MM. Devic et Gallavardin (janvier 1901). Ces deux auteurs ont noté également des récives précoces (trois en un an).

Histologiquement, ces tumeurs malignes se différen-

tient, par le mode de groupement des fibres cellulaires musculaires, disposées en faisceaux d'orientations diverses et figurant des sortes d'arcades plus ou moins curvilignes. Ces éléments sont au contact les uns des autres, intimément accolés, et il n'existe pas entre eux de substance intercellulaire amorphe ou fibrillaire, caractère important, qui les distingue des tumeurs malignes conjonctives.

Ces fibres-cellules présentent une structure adulte. Il semblerait, « à priori », que, dans des tumeurs aussi malignes, les éléments constitutifs dussent présenter une structure plus embryonnaire que dans les tumeurs bénignes du même type, selon la loi générale, qui veut, en anatomie pathologique, que le caractère plus ou moins embryonnaire des éléments cellulaires d'une formation donnée, constitue le meilleur indice de malignité ou de bénignité de la néformation.

Le leiomyome malin est encore caractérisé par l'absence de stroma conjonctif; tous les faisceaux qui se croisent sous des directions variables, se montrent intimément accolés les uns aux autres, sans interposition de travées conjonctives.

Enfin ces tumeurs présentent un point de contraste frappant avec les myomes utérins: c'est leur extrême pauvreté en vaisseaux. Dans ces volumineuses masses néoplasiques, on ne rencontre pas une seule artériole et il faut chercher attentivement pour mettre en évidence quelques veinules. Cette absence presque totale de vaisseaux explique à la fois l'aspect blanc nacré et resplendissant, « chatoyant », des noyaux néoplasiques,

et l'apparition fréquente au sein de ces noyaux de masses mortifiées.

Voici les deux observations dont il a été parlé plus haut :

OBSERVATION I

MM. VIOLET et ALAMARTINE (*Lyon Médical*, 1909).

Léiomyome malin du poids de 26 livres: extirpation avec hystérectomie totale. Guérison opératoire.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, mariée et ayant eu deux enfants. Depuis dix ans, on a constaté chez elle, d'une façon fortuite, au cours d'un examen médical, la présence d'un petit fibrome, du reste absolument silencieux, et pour lequel on a décidé de s'abstenir de toute intervention. Il y a trois mois, cette tumeur s'est mise à grossir et, depuis six mois, son développement est devenu particulièrement rapide. A l'heure actuelle, elle est énorme, remontant jusqu'à l'épigastre, et l'on pourrait croire la malade enceinte et à terme.

En dehors de cette augmentation de volume, aucun symptôme fonctionnel : pas de modification des règles, pas le moindre trouble de la miction ou de la défécation, pas de douleurs ni d'altération de la santé générale. La malade a continué sa vie normale, elle monte facilement trois étages plusieurs fois par jour, accusant seulement un peu de gêne.

A la palpation, tumeur rénitente et élastique ; il est difficile de préciser ses connexions avec l'utérus. Au toucher, col, utérus normal, sa mobilisation semble

montrer son indépendance d'avec la tumeur. Le diagnostic est hésitant entre un fibromyome ovarien ou une tumeur utérine pédiculée d'énorme volume, le développement rapide, sans altération de l'état général, font admettre qu'il s'agit plus probablement d'une tumeur de l'ovaire.

Intervention (10 mai 1909, M. le Professeur Pollosson).

Hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen. Suites opératoires simples ; la malade sort guérie au bout de quinze jours.

La tumeur enlevée pèse 26 livres. Elle présente à la coupe un aspect différent des fibromyomes ordinaires ; elle est plus molle, très congestionnée, avec de nombreux kystes à contenu séreux ou hémorragique.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait en réalité d'un myome à évolution rapide avec de nombreuses zones myomateuses et présentant, en réalité, tous les caractères d'une léiomyome malin de malignité relative.

OBSERVATION II (résumée)

MM. BÉRARD et CHARVET (*Lyon Médical*, 1910).

*Léiomyome malin de l'utérus propagé à la vessie
et infiltré à tout le pelvis.*

Malade présentant de violentes douleurs, un amaigrissement de 12 kilos, d'abondantes hémorragies, sans odeur ; pas d'écoulements séreux.

A la palpation, on sent une masse dure, douloureuse à la pression, faisant corps avec l'utérus, On sent des ganglions dans les deux aines.

A l'intervention, hystérectomie abdominale totale: on constate que le néoplasme avait envahi les ligaments larges et toute la face postérieure de la vessie.

Etat satisfaisant après l'intervention.

Les douleurs et les troubles fonctionnels ont cessé dès le lendemain.

Macroscopiquement et microscopiquement, il s'agissait d'un cancer musculaire lisse de malignité indiscutable.

D'après ces deux observations et l'exposé rapide qui les précède, on voit que le léiomyome nous fournit plusieurs points de rapprochement avec le myome rouge: son accroissement rapide, les douleurs et les hémorragies qu'il occasionne, parfois son aspect et sa consistance. Cependant, sa gravité immédiate semble plus grande que celle du myome rouge; son développement, énorme parfois, paraît plus accéléré; il y a envahissement ganglionnaire, non relaté dans le myome rouge; et absence de fièvre, toujours constatée chez ce dernier. Le myome rouge ne donne ni métastases, ni généralisations viscérales et ne récidive pas après hystérectomie. Il n'envahit pas les organes voisins, reste toujours limité par une capsule fibreuse plus ou moins épaisse et n'a aucune tendance dans son évolution à envahir le parenchyme utérin.

Au point de vue histologique, quelques points communs peuvent être mis aussi en évidence. Un dévelop-

pement anormal de fibres musculaires existe dans les deux cas, mais leur structure est différente, celles du myome rouge ressemblant à des fibres lisses embryonnaires, alors que celles du leiomyome malin ont le type adulte; le tissu conjonctif intermédiaire est déficient dans les deux cas, mais alors que léiomyome malin en est complètement dépourvu, il existe encore, quoique raréfié dans le myome rouge. Le myome rouge, d'autre part, se différencie nettement du leiomyome malin, par sa coloration franchement rouge, « lie de vin » et non pas blanc nacré, « chatoyante »; par sa consistance molle, peu élastique; surtout par l'abondance de ses vaisseaux, artérioles, capillaires néoformés; par son absence de noyaux mortifiés; par la congestion de tout son tissu et ses hémorragies interstitielles inexistantes dans le myome malin (sauf dans le cas publié par MM. Violet et Alamartine, où la tumeur était de consistance molle et très congestionnée); enfin, le myome rouge se différencie par sa capsule toujours épaisse, sans trace d'infiltration néoplasique, qui en fait une tumeur localisée et s'oppose à son développement et à son extension aux tissus ou organes avoisinants.

Il semble donc qu'en nous appuyant sur les caractères cliniques et histologiques exposés, nous puissions dire que le myome rouge n'apparaît pas comme une tumeur maligne; s'il présente avec ces dernières quelques analogies cliniques pouvant le rendre suspect, il n'est pas établi que l'on se trouve en présence d'une tumeur présentant l'allure du léiomyome malin ou pouvant être considérée comme en voie de dégénérescence myo-sarcomateuse.

C'est ce que nous avons tenté de démontrer, en précisant les différents symptômes et caractères microscopiques qui nous ont paru particuliers aux myomes rouges, caractères dont la valeur réelle n'est cependant pas encore définitivement fixée.

C'est pourquoi nous croyons, avec M. le Professeur A. Pollosson, que le myome rouge mérite d'être individualisé : cliniquement, dans la catégorie des myomes douloureux ; anatomo-pathologiquement, dans celle des myomes à évolution rapide. Il doit être séparé, tant cliniquement, qu'au point de vue anatomo-pathologique, du fibromyome commun, mais rien n'autorise à le faire entrer dans la catégorie des tumeurs malignes de l'utérus.

Nous ne ferons que mentionner la thérapeutique des myomes rouges.

Le traitement médical ne sera, le plus souvent, qu'un traitement d'attente et, dans la majorité des cas, il ne nous paraît pas devoir être conseillé.

Le radium, qui influence d'ordinaire si heureusement les hémorragies d'origine utérine, pourrait être utilisé dans la thérapeutique du myome rouge. Nous ne connaissons pas d'observation où cette méthode ait été employée, mais nous pensons que, chez certaines malades, dont l'état général, très altéré par des hémorragies abondantes, rendrait l'opération immédiate, dangereuse ou aléatoire, on peut être en droit de l'essayer; en diminuant les hémorragies, il permettra une amélioration de l'état général, et l'intervention chirurgicale trouvera alors des conditions nouvelles et plus favorables.

Mais, le plus souvent, les myomes rouges sont justiciables de la chirurgie, du seul traitement radical par l'ablation de la tumeur, à cause de leur croissance rapide, de leurs symptômes aigus : douleurs, hémorragies graves; et cela, quelles que soient leurs conditions anatomiques de volume, de mobilité ou de siège. Ce sont des tumeurs entraînant des métrorragies abondantes, répétées, médicalement incoercibles, créant peu à peu, par ces pertes additionnées, un état d'anémie aiguë, et qui sont une indication formelle d'intervention. Ici, l'hésitation n'est guère permise et il faut intervenir d'une façon radicale et précoce; toute thérapeutique conservatrice est vouée à un échec et, en temporisant, on expose la malade à se faire opérer trop tard et dans des conditions beaucoup moins satisfaisantes.

En semblable occurrence, la fièvre n'est pas une contre-indication, et il faut intervenir, même au moment des poussées.

Nous ne parlerons pas de la technique opératoire : myomectomie ou hystérectomie abdominale totale ou subtotale, dont les indications sont fournies par le volume ou le siège de la tumeur. Nous n'avions pas, du reste, l'intention d'aborder cette question. Nous nous sommes proposé seulement, en étudiant les caractères cliniques et anatomo-pathologiques des myomes rouges, d'établir, d'après les quelques observations relatées plus haut, et les divers examens histologiques, un essai d'interprétation de leur physionomie anatomo-clinique particulière.

CONCLUSIONS

Le myome rouge de l'utérus est une forme particulière du myome utérin, ainsi dénommé à cause de la coloration rouge, rouge vineux, couleur de viande fraîche qu'il présente à la coupe. ;

Il se distingue ;

Cliniquement : par des douleurs vives dans le bas-ventre ; une fièvre continue, le plus souvent modérée, débutant d'ordinaire quelques jours avant les règles et se maintenant pendant toute la durée de ces dernières ; enfin, par des hémorragies profuses ; le tout survenant chez une malade porteur d'un myome qui a augmenté de volume rapidement.

Anatomo-pathologiquement : par une capsule épaisse ; une consistance molle, peu élastique ; par des fibres musculaires lisses très nombreuses, à noyaux très développés et colorés d'une façon nette, séparées par un tissu conjonctif très peu abondant ; par l'abondance des vaisseaux néoformés ; et dans l'intervalle de ces deux éléments par la présence de cellules jeunes, à noyaux volumineux, prenant fortement le colorant ; le tout atteint de congestion et présentant, çà et là, des hémorragies interstitielles.

Le myome rouge ne peut être considéré, ni histologiquement, ni bactériologiquement, comme une tumeur atteinte de congestion inflammatoire, et par conséquent ne peut être classé dans la catégorie des myomes infec-

tieux. L'examen histologique nous montre, également qu'il ne s'agit pas d'un myome sphacélé, mais qu'il est formé uniquement d'éléments jeunes, en voie de reproduction active, et non de zones difficilement colorables et partiellement nécrosées, caractéristiques des tumeurs en voie de sphacèle. Si le myome rouge rappelle le myome en voie de dégénérescence maligne par certains points de son évolution clinique aiguë, et par certains caractères microscopiques, il présente néanmoins, soit dans sa symptomatologie, soit dans sa structure anatomique et histologique, des caractères particuliers qui le différencient, et ne permettent pas de conclure, qu'il s'agit d'un léiomyome malin ou d'une tumeur en voie de dégénérescence myo-sarcomateuse.

Nous pensons, avec M. le Professeur A. Pollosson, qu'il mérite d'être individualisé : cliniquement, dans la catégorie des myomes douloureux; anatomo-pathologiquement dans celle des myomes à évolution rapide.

Les myomes rouges sont justiciables, de par la gravité de leurs symptômes et de leur évolution aiguë, du traitement chirurgical; la fièvre, dans ce cas, n'est pas une contre-indication à l'intervention opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Utérus myomateux avec myome interstitiel à foyer central de nécrobiose et autre myome « lie de vin » (*Lyon Chirurgical*, février 1912).
- BALLIN et VAUGHAN. — Leiomyome malin (*New-York Medical Journal*, 1910).
- BAROZZI. — *Manuel de Gynécologie pratique*, 1918).
- BÉGOUIN. — Le sphacèle des fibromes utérins non exposés : son origine vasculaire (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1909).
- BÉRARD. — Myome malin de l'utérus (*Province Médicale*, mai 1896).
- BÉRARD et CHARVET. — Leiomyome malin de l'utérus propagé à la vessie et infiltré à tout le pelvis (*Lyon Médical*, septembre 1910).
- BONFELS. — Contribution à l'étude de la suppuration des fibromes utérins (*Thèse de Montpellier*, 1910).
- BOUILLY. — Gangrène des fibromes interstitiels (*Bull. de la Société de Chirurgie*, janvier 1902).
- CHÉRON. — De la radiumthérapie des fibromes hémorragiques (*Congrès de Physiothérapie*, 1911).
- CONDAMIN. — Cancer musculaire lisse (*Province Médicale*, 1896).
- CRUSSE. — Un cas de fibromyome rouge à évolution rapide (*Bull. Société belge de gynéc. et d'obst.*, Bruxelles, 1912).

- DEVIC et GALLAVARDIN. — Contribution à l'étude du myome malin (*Revue de Chirurgie*, 1901).
- FORGUE. — *Précis de pathologie externe*, 1917.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de gynécologie*, 1920.
- GALVANI. — Les fibromyomes douloureux (*Revue de Gynécologie*, 1900).
- GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés (*Thèse de Bordeaux*, 1908-1909).
- GUÉRIN. — Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins (*Thèse de Paris*, 1901).
- HARTMANN et MIGNOT. — Notes sur la suppuration gangreneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine (*Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1896).
- HYENNE. — Etude anatomique des principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1898).
- JACQUIN. — A propos du sarcome et du léiomyome malin de l'utérus (*Revue mensuelle de Gynéc. et d'Obst.*, avril 1921).
- KÄTZ. — Du sphacèle des fibromyomes de l'utérus (*Thèse de Nancy*, 1884).
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 4^e édit., 1914).
- LAURENT. — Fibromyomes et sarcomes utérins (*Archives de Tocol. et de Gynéc.*, 1895).
- LEGUEU et MARIEN. — Du rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins (*Bull. de la Société anat.*, 1896).
- LECÈNE. — Nécrobiose; suppuration et gangrène des fibromes utérins (*Annales de gynéc. et d'obst.* Paris, 1911).
- MAZET. — Myome rouge de l'utérus (*Lyon Chirurgical*, mars 1914).
- MESLAY et HYENNE. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (*Annales de gynéc. et d'obst.*, 1898).
- MICHEL. — Myome rouge encapsulé de l'utérus (*Bull. Société de gynéc. et d'obst.*, Paris, 1912).

- ODIN et VERCHÈRE. — Du radium en gynécologie. Valeur hémostatique du radium en gynécologie (*Acad. des Sciences*, 1906).
- PAVIOT et BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse (*Archives de médecine expérimentale*, 1897).
- PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes (*Thèse de Paris*, 1905).
- PIQUAND. — Le sarcome de l'utérus (*Revue de Gynécologie*, 1905).
- PILLIET et COSTES. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des fibromes de l'utérus et de ses annexes (*Compte rendu Société de Biologie*, 1894).
- A. POLLOSSON et VIOLET. — Deux cas de myomes rouges encapsulés (*Lyon Médical*, mai 1905).
- A. POLLOSSON et MAZET. — Volumineux myome rouge à développement rapide (*Lyon Médical*, mars 1911).
- POZZI. — *Traité de Gynécologie* (4^e édition, 1907).
- QUÉNU. — Fibromes douloureux de l'utérus (*Gazette Médicale*, 1893).
- ROUVILLE (DE). — Myome pur de l'utérus compliquant la grossesse (*Bull. Société d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1911).
- SAMPSON. — L'influence des myomes sur l'irrigation sanguine de l'utérus, en particulier au point de vue des hémorragies anormales (*Surgery Gynec. and Obst.*, 1912).
- SITZENFREY. — Bactériologie et histologie des myomes de l'utérus compliqués de fièvre (*Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1912).
- TÉDENAT. — La gangrène des fibromes utérins (*Revue mensuelle de Gynéc. et d'Obst. et de Péd.*, 1907).
- TEILHABER. — Les causes des hémorragies dans les myomes utérins (*Archives Gynécologie*, 1904).
- TERMIER. — Fibromyome rouge (*Dauphiné Médical*, juillet 1911).
- VAUTRIN. — Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus (*Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1898).

VIOLET et ALAMARTINE. — Myome rouge encapsulé (*Lyon Médical*, 1909).

VIOLET et ALAMARTINE. — Léiomyome malin du poids de 26 livres; extirpation avec hystérectomie totale (*Lyon Médical*, 1909).
